



REVISÃO INTERGRATIVA DE LITERATURA

THE DELAY IN DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS

O ATRASO NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE

EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS

Rute dos Santos Lafaiete¹, Fabiana Barbosa de Assumpção de Souza², Maria Catarina Salvador da Motta³

ABSTRACT

Objective: to investigate studies related to delay in diagnosis of tuberculosis. **Method:** A literature review in the period from 2005 to 2010 in electronic databases. **Results:** 13 studies were selected according to the theme, there was a predominance of original studies with quantitative approach. **Conclusion:** the delay in the diagnosis of tuberculosis is not a recent concern, especially in countries with high rates of tuberculosis. Regarding the type of delay, it is necessary to investigate whether the health service or the individuals with TB. In general, the factors influencing the time for diagnosis of TB are connected with each location having peculiar characteristics. **Descriptors:** Tuberculosis, Late Diagnosis, Public health.

RESUMO

Objetivo: investigar estudos relacionados ao atraso do diagnóstico da tuberculose. **Método:** revisão de literatura no período de 2005 a 2010 em bases de dados eletrônicas. **Resultados:** foram selecionados 13 estudos de acordo com a temática, houve predomínio de estudos originais com abordagem quantitativa. **Conclusão:** o atraso no diagnóstico da tuberculose não é uma preocupação recente, principalmente nos países com altos índices de tuberculose. Quanto ao tipo de atraso, faz-se necessário investigar se é do serviço de saúde ou dos indivíduos com tuberculose. De forma geral, os aspectos que influenciam no tempo para o diagnóstico da TB estão relacionados com cada localidade, que possuem características peculiares. **Descritores:** Tuberculose, Diagnóstico tardio, Saúde pública.

RESUMEN

Objetivo: investigar los estudios relacionados con el retraso en el diagnóstico de la tuberculosis. **Método:** Una revisión de la literatura en el período de 2005 a 2010 en las bases de datos electrónicas. **Resultados:** 13 estudios fueron seleccionados de acuerdo con el tema, hubo un predominio de los estudios originales con enfoque cuantitativo. **Conclusión:** el retraso en el diagnóstico de la tuberculosis no es un problema reciente, especialmente en los países con altas tasas de tuberculosis. En cuanto al tipo de retraso, es necesario investigar si el servicio de salud o las personas con TB. En general, los factores que influyen en el tiempo para el diagnóstico de TB están conectados con cada ubicación que tiene características peculiares. **Descriptor:** Tuberculosis, Diagnóstico tardío, Salud pública.

¹Mestranda da Escola de Enfermagem Anna Nery. Email: rutelafaiete@gmail.com. Rua Piraquara 593 bloco 05 apt 205. Realengo. ²Doutora em Ciências. Professora Adjunta da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Email: fabi.assumpcao@gmail.com. ³Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Email: ma.catarina@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) continua sendo a maior causa de morbidade e mortalidade em muitos países e significa um problema de saúde pública¹. Para 2009, houve uma estimativa de 9,4 milhões de casos novos de TB a nível mundial (equivalente a 137 casos por 100.000 habitantes). O número absoluto de casos continua a aumentar ligeiramente de ano para ano, com lentas reduções na taxa de incidência per capita (a ser compensado pelo aumento da população).²

De acordo com a World Health Organization² as estimativas da carga global de doenças causadas por TB em 2009 foram de 9.400 mil casos incidentes, 14 milhões de casos prevalentes, 1,3 milhões de mortes entre as pessoas HIV-negativo e 0,38 milhões de mortes entre as pessoas HIV-positivas.

A maioria dos casos está no Sudeste Asiático, Africano e regiões do Pacífico Oeste (35%, 30% e 20%, respectivamente). A região africana representa aproximadamente 80% desses casos. Foram 5,8 milhões os casos notificados de TB em 2009, equivalente a uma taxa de detecção de casos de 63% , acima de 61% em 2008. Dos 2,6 milhões pacientes com TB com baciloscopia positiva de escarro pulmonar na coorte de 2008, 86% foram tratados com sucesso.²

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que abrangem 80% da carga mundial de TB. Atualmente o País está na 19ª posição, já tendo ocupado a 14ª em 2004. Em 2009, ocorreram 71.700 casos novos da doença, apresentando uma taxa de incidência de 37 por cada grupo de 100 mil habitantes. Desde 1990 a taxa de incidência apresenta uma queda de 26% (1,4% ao ano)³. A distribuição dos casos está concentrada em 315 dos 5.564 municípios do país, correspondendo a

70% da totalidade dos casos. O estado do Rio de Janeiro se destaca no quadro nacional.⁴

Mesmo após a implementação de diversos recursos, políticas públicas e estratégias para o controle da TB, ainda permanecem os altos índices da doença, principalmente na cidade do Rio de Janeiro, onde existe uma vulnerabilidade social justamente porque as condições de vida, o ambiente e o acesso aos serviços não asseguram o diagnóstico precoce da doença, o seguimento do tratamento até a cura e a proteção dos contatos.⁵

A TB é transmitida por via aérea praticamente na totalidade dos casos. Os doentes bacilíferos, isto é, aqueles cuja baciloscopia de escarro é positiva, são a principal fonte de infecção. Doentes de TB pulmonar com baciloscopia negativa, mesmo que tenham resultado positivo à cultura, são muito menos eficientes como fontes de transmissão, embora isto possa ocorrer.⁶

Diagnosticar e tratar correta e prontamente os casos de TB pulmonar é as principais medidas para o controle da doença. Esforços devem ser realizados no sentido de encontrar precocemente o paciente e oferecer o tratamento adequado, interrompendo a cadeia de transmissão da doença. Neste sentido, é fundamental a descoberta precoce dos casos bacilíferos.⁶

A detecção dos casos com a imediata instituição da quimioterapia eficaz é também uma das estratégias mais importantes para o controle da doença. Para tanto há necessidade de um diagnóstico sem atrasos a fim de minimizar os danos a saúde do indivíduo e população. A quimioterapia eficaz, ao mesmo tempo em que salva a vida dos doentes, reduz o número de organismos infectantes eliminados por estes pela tosse, prevenindo, assim, a transmissão para indivíduos suscetíveis. Tão logo um caso de TB

Lafaiete RS, Souza FBA, Motta MCS.

The delay in diagnosis...

seja diagnosticado, o tratamento deve ser iniciado e a ficha de notificação preenchida.⁷

A TB é um problema de saúde pública e por esta razão requer um esforço coletivo para mudar os seus padrões endêmicos. É necessário investir em ações de diagnóstico e controle da TB, através da implantação de atividades específicas, visando reduzir a transmissão do bacilo da TB na população.

O objetivo desta revisão foi realizar uma investigação dos trabalhos publicados em periódicos nacionais e internacionais sobre TB e Atenção primária a Saúde (APS), com o foco em estudos sobre o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o tratamento da TB.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão sistemática que permite a busca, avaliação, crítica e síntese de evidências disponíveis sobre tema proposto. Busca a análise de pesquisas relevantes possibilitando a síntese do conhecimento além de apontar lacunas do mesmo que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos.⁸ A revisão sistemática viabiliza um resumo de todos os estudos e permitem incorporar um espectro maior de resultados relevantes, ao invés de limitar as nossas conclusões⁹.

Selecionou-se três bases de dados eletrônicas LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE-Medical Literature On-line (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), Banco de Teses do Portal de periódicos da CAPES e uma Biblioteca virtual brasileira, Scielo/Brasil (Scientific Electronic Library Online).

As palavras chaves utilizadas para a busca foram Tuberculose, APS e Atenção Básica (AB) porque alguns autores utilizam os termos APS e AB como sinônimos e na perspectiva de unidades locais ou nível de assistência, ou seja, há

discussões em relação à definição destes termos. Gil (2006)¹⁰ em uma revisão sistemática sobre APS, AB e PSF, ao analisar os contextos dos artigos, evidenciou que a maioria dos trabalhos sobre APS e AB trata de pesquisas e estudos de avaliação de problemas/agravos de saúde em unidades locais, ora denominadas de unidades/serviços de atenção primária, ora de unidades básicas.

As buscas nas bases de dados foram realizadas de março a abril e no Banco de Teses em maio de 2010. Para cada local de busca, foi realizada uma combinação de descritores e palavras chaves (tuberculose, atraso, diagnóstico e atenção primária a saúde, atenção básica). As combinações para a busca dos descritores e palavras chaves foram feitas a partir do uso de Operadores Lógicos Booleanos, sendo utilizado “and” para os diferentes descritores/palavras chaves e “or” para os termos semelhantes encontrados quando disponível para a busca.

Os critérios de inclusão dos artigos a partir da leitura dos resumos foram: artigos publicados nos últimos 5 anos, com exceção no banco de teses, artigos originais e de revisão, encontrados nos idiomas português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: não ter resumo acessível após diversas buscas, ser associado a outras doenças, população indígena, animais, exames laboratoriais, TB extrapulmonar, âmbito hospitalar, pediatria.

No banco de Teses não houve limitação em relação ao ano para observar de forma mais ampla as produções científicas das instituições de ensino.

Foram selecionados os artigos mediante avaliação do conteúdo dos resumos. Posteriormente foi feita uma leitura do conteúdo completo dos artigos disponíveis na íntegra. As variáveis analisadas foram: as principais contribuições dos estudos, ano, autores, local de estudo, metodologia e instituição.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

O Brasil destacou-se no cenário internacional com seus estudos e São Paulo destaca-se no cenário nacional. Observou-se que a Universidade de São Paulo (USP) tem desenvolvido diversos estudos sobre o assunto surgindo de forma mais específica a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) neste contexto.

Os periódicos especializados contribuem para o conhecimento sobre tuberculose. A abordagem quantitativa ainda predomina nas pesquisas, principalmente os estudos descritivos. A abordagem qualitativa cresceu consideravelmente nos últimos anos, sendo observado em todos os achados.

Para se avaliar as tendências dos estudos foram avaliadas as considerações /contribuições dos artigos. No cenário internacional, analisando-se as temáticas houve predomínio de estudos relacionados ao diagnóstico principalmente sobre o tempo e atraso deste. Em seguida estudos sobre o tratamento. Em menor quantidade surgiram temas sobre avaliação dos serviços, percepção dos pacientes e profissionais de saúde sobre a TB e diversos aspectos relacionados.

No cenário nacional, incluindo também os achados da academia, percebeu-se a concentração de estudos relacionados ao tratamento da TB, principalmente os estudos sobre a implementação e avaliação da Estratégia do Tratamento Supervisionado da Tuberculose (DOTS). Outro destaque foi para estudos relacionados aos indicadores de TB principalmente os de mortalidade. Em proporções semelhantes surgiram estudos sobre avaliação dos serviços de saúde, vigilância e perfil epidemiológico. Em menor quantidade estudos sobre vínculo, métodos diagnósticos, educação continuada e representações sociais.

Dos artigos que discutiam ou citavam especificamente sobre o tempo e dificuldades J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3):174-180

relacionadas ao diagnóstico da TB foram selecionados 13 estudos, discutidos abaixo, com maior frequência em estudos internacionais. Foram incluídos outros estudos relevantes encontrados fora da revisão sistemática da literatura e excluídos os artigos que não tinham seu conteúdo acessível na íntegra.

Em relação ao tempo do atraso do diagnóstico são considerados dois tipos de atraso, um relacionado ao paciente e outro ao serviço de saúde.^{11,12} O primeiro sobre o paciente é o intervalo de tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas até a primeira consulta em qualquer serviço de saúde. O atraso em relação aos pacientes ocorre quando estes não identificam a tosse como um sinal de alerta para a procura de um serviço de saúde, levando-os a somente buscarem os serviços de saúde quando há piora do estado geral, indo diretamente a serviços terciários quando adoecem.¹³

Os estudos encontrados divergem em relação ao tempo médio de atraso do paciente: variando de 20 dias¹⁴, 27¹⁵, 30¹², 50¹¹, 60^{16,17} e até 120 dias.¹⁸ Todos estes consideraram atraso, quando o tempo era maior que a média obtida. Chang & Esterman (2007)¹², obteve como tempo mínimo de 14 dias e máximo de 1 ano. Essas diferenças em relação a média de atraso do paciente podem estar associadas, a própria definição de atraso do paciente, com variações nos períodos de tempo estabelecidos em cada estudo. Somando-se os dois tipos de atraso, o do paciente representa 73% do total de atraso.¹¹

Os pacientes que tem maiores conhecimentos sobre a TB reconhecem os sintomas da doença e procuram os serviços de saúde mais cedo.^{17,13,19} O conhecimento é uma variável independente que causa um atraso significativo na busca de um serviço de saúde. A educação sobre TB auxilia os indivíduos a buscarem mais cedo os serviços de saúde contribuindo para um diagnóstico precoce.

O uso de medicamentos para os sintomas iniciais da TB também são fatores que interferem no atraso do diagnóstico e tratamento da doença já que se procuram os serviços de saúde porque não se consegue diminuir os sintomas que persistem e pioram ao longo do tempo atrapalhando nas atividades da vida diária. A procura pelos serviços de saúde também é influenciada por outros fatores internos e externos como educação, ocupação, apoio financeiro e psicológico.¹⁹ A média no atraso dos pacientes é de 15 dias, estando associada a identificação da febre e da tosse como sintomas a serem investigados.¹³

O segundo tipo de atraso é relacionado ao serviço de saúde, é o tempo da primeira consulta até a data do diagnóstico. Também há variações em relação a média dos atrasos dos serviços: 6¹⁶, 15¹⁸, 18¹⁸, 23¹⁴, e 39 dias.¹⁵

Chang & Esrternam (2007)¹² descrevem outro tipo de atraso, relacionado ao tratamento, considerando o intervalo entre o resultado do diagnóstico até o início do tratamento. Em seus achados não foram observados muitos atrasos, 94,6% dos sujeitos entrevistados começaram o tratamento imediatamente após o resultado do diagnóstico tendo como intervalo de 0 dias pois, os pacientes eram comunicados por telefone para comparecer ao serviço de saúde o mais rápido possível. O máximo de tempo observado neste estudo foi de 7 dias. Basnet, (2009)¹¹, considera ainda outro tipo de atraso, o total, calculado pela soma dos atrasos do paciente e do serviço de saúde. Neste estudo, uma vez constatado o diagnóstico. O máximo de tempo foi de 7 dias.

Em relação a APS, Motta (2009)²⁰ ao avaliar o acesso ao diagnóstico da TB na percepção dos pacientes observou que a Estratégia de Saúde da Família gera uma maior acesso ao diagnóstico comparado com as Unidades Básicas de Saúde, já que no primeiro tipo de serviço ocorre a busca ativa na família e comunidade. Outro estudo²¹

J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3):174-180

realizado no mesmo município, concluiu que no local há um desempenho satisfatório para a dimensão do acesso ao tratamento de TB. Podendo ambos os estudos estar relacionados diretamente a atuação efetiva da ESF.

Oliveira (2007)²², em Ribeirão Preto, concluiu em seus estudos que questões econômicas influenciam no acesso ao diagnóstico nas unidades de saúde. Em outro estudo¹³ demonstrou o atraso para o diagnóstico dos doentes de TB que procuraram primeiro os serviços da APS porque se dirigiram a várias unidades de saúde e esta descontinuidade do cuidado contribuiu com a falha na investigação do diagnóstico, acarretando o seu atraso. A média de tempo para o diagnóstico em um serviço da APS foi de 45 dias¹³. O tempo de atraso do serviço de saúde, principalmente da APS deve ser diminuído^{13,17} já que este nível de atenção deve oferecer resolubilidade e continuidade no cuidado com os usuários do serviço de saúde.

Há diversos fatores associados indiretamente ao resultado da baciloscopia negativa como tabagismo, alcoolismo, contágio direto, diabetes, pneumonia não tratada e o abandono prévio do esquema. O resultado negativo da baciloscopia leva a realização da cultura para a elucidação diagnóstica e conseqüentemente ao atraso do resultado^{23,24}, principalmente em indivíduos co-infectados com o HIV já que estes têm uma sensibilidade diminuída para a baciloscopia.^{13,17} Tais associações confirmam a importância de uma história clínica pregressa de boa qualidade, que elucida o diagnóstico mais rapidamente e o estabelecimento do tratamento.

A detecção tardia, o abandono do tratamento e a ignorância dos casos por parte da vigilância epidemiológica são fatores que interferem para o aumento de casos da doença²⁵. Por Chang & Esrternam (2007)¹², o maior fator está relacionado à vigilância, quando não é

Lafaiete RS, Souza FBA, Motta MCS.

The delay in diagnosis...

realizada a radiografia do tórax e o exame de escarro durante a primeira visita aos serviços de saúde.

Cavalcanti (2006)²⁶ com o objetivo de descrever as características clínico-epidemiológicas e de acesso aos serviços de saúde de um grupo de idosos com TB, comparando-as com as de adultos jovens (controle), tratados no Recife, percebeu que o período de tempo desde o início dos sintomas até a instituição do tratamento foi semelhante entre os grupos. Apesar da TB no idoso frequentemente ter o seu diagnóstico retardado pela dificuldade de reconhecimento do quadro clínico, que muitas vezes é confundido com as alterações próprias do envelhecimento ou não é referido de forma adequada pelo paciente. Também foi demonstrada a falha no sistema de saúde na área estudada devido a uma demora de mais de 60 dias para o início do tratamento, comum à toda a população estudada.

Em relação ao tempo dos sintomas, Bastos et al (2007)²⁷ avaliou o impacto na detecção dos casos ao se reduzir o tempo para o rastreamento da TB. De três semanas passando para uma semana. Os achados do estudo sugerem que a probabilidade de detecção de casos de TB aumentaria se o período fosse diminuído levando a um diagnóstico precoce. Sugerem-se também estudos futuros para relacionar perfis epidemiológicos e custo-efetividade para a necessidade desta estratégia.

O gênero também pode influenciar no atraso ao diagnóstico. O gênero masculino demonstrou um maior atraso em um estudo realizado na África do Sul.¹⁷ Isso pode relacionar-se as diferenças entre homens e mulheres com o auto-cuidado e procura do médico. Mulheres em área rural mostraram um maior atraso no diagnóstico da TB, já que dependem dos maridos ou parentes masculinos para levá-las aos serviços de saúde. Em área urbana, os homens apresentaram maior atraso devido à preocupação com o trabalho.

J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3):174-180

CONCLUSÃO

Através das buscas realizadas, os artigos analisados demonstram que o atraso do diagnóstico não é uma preocupação recente, no âmbito internacional, principalmente nos países que se destacam em relação aos altos índices de TB. A associação TB/HIV instiga as pesquisas relacionadas ao diagnóstico ainda mais pelos altos índices de co-infecção.

Ressalta-se o tipo de atraso para o diagnóstico da TB podendo ser dos serviços de saúde, onde houve maior variação de tempo nos estudos encontrados, ou o atraso dos doentes de TB, que de forma geral influenciam sobre maneira o tempo para o diagnóstico.

Diversos aspectos foram estudados, em torno dos acessos aos serviços, percepções da doença, gênero, níveis de atenção a saúde, forma de organização dos serviços de saúde, dentre outros. Todos estes fatores devem ser relacionados, não devendo ser vistos isoladamente e/ou fora de um contexto político, econômico e social.

Conclui-se que as diferenças encontradas nos estudos que influenciam no tempo para o diagnóstico da TB estão relacionadas com cada localidade, que possuem características peculiares, bem diferentes da realidade brasileira, e particularmente do Estado do Rio de Janeiro.

REFERÊNCIAS

1. World health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report. Geneva: WHO, 2008.
2. World health Organization. Global Tuberculosis Control 2010. WHO report 2010. . Geneva: World Health Organization, 2010.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe Técnico da Tuberculose. Julho 2010.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância

Lafaiete RS, Souza FBA, Motta MCS.

The delay in diagnosis...

Epidemiológica. Situação da Tuberculose no Brasil e no Mundo: 2007.

5. Abreu VA, Assumpção FS, Cunha FTS, Villa TCS, Ruffino-Neto A. A percepção dos representantes da sociedade civil organizada frente ao retardo no diagnóstico da tuberculose no Rio de Janeiro, Brasil. R. pesq.: cuid. fundam. online 2010. out/dez. 2(Ed. Supl.):177-181.

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Programa nacional de Controle da Tuberculose. 2010.

7. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (RJ). Secretaria Municipal de Urbanismo. Instituto Pereira Passos. Diretoria de Informações Geográficas. Tuberculose, a ameaça que se mantém. Rio Estudos n°77, novembro de 2002.

8. Mendes KDS; Silveira RCCP; Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto e Contexto em Enfermagem, Florianópolis, 2008 out-dez; 17(4):758-764.

9. Sampaio RF; Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica Rev. bras. fisioter. 2007 Fev; 11(1): 83-89.

10. Gil CRR. Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidade no contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006 jun; 22(6):1171-1181.

11. Basnet R; Hinderaker SG; Enarson D; Malla P; Morkve O. Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal. BMC Public Health 2009, 9:236.

12. Chang, CT; A Esterman. Diagnostic delay among pulmonary tuberculosis patients in Sarawak, Malaysia: a cross sectional study. Rural and Remote Health 2007; 7:667.

13. Sans B; Blasco T. Variables associated with diagnostic delay in immigrant groups with tuberculosis in Madrid. Int J Tuberc Lung Dis 2007 jun; 11(6):639-646.

14. Rajeswari R, Chandrasekaran V, Suhadev M, Sivasubramaniam S, Sudha G, Renu G: Factors associated with patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in South India. Int J Tuberc Lung Dis 2002, 6: 789-795.

15. Karki DK: Delay in Tuberculosis Treatment in Kathmandu Valley, Nepal. MPH thesis. Tribhuvan University; 2004.

16. Demissie M, Linindtjorn B, Berhane Y: Patient and health service delay in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in Ethiopia. BMC Public Health 2002, 2: 23.

17. Meintjes G; Schoeman H; Morrioni M; Wilson D; Maartens G. Patient and provider delay in tuberculosis suspects from communities with a high HIV prevalence in South Africa: A cross-sectional study. BMC Infectious Diseases 2008; 8:72

18. Wandwalo ER, Morkve O: Delay in tuberculosis case-finding and treatment in Mwanza, Tanzania. Int J Tuberc Lung Dis 2000, 4: 133-138.

19. Chimbanrai B, Fungladda W, Kaewkungwal J, Silachamroon U. Treatment-seeking Behavior of Tuberculosis Patients, and the Development of Intensive Triad Model Program Samut Prakan Province, Thailand. Tese. Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University. 2007.

20. Motta MCS et al. Access to tuberculosis diagnosis in Itaboraí City, Rio de Janeiro, Brazil: the patient's point of view. Int J Tuberc Lung Dis 2009;13(9):1137-1141.

21. Lafaiete RS, Silva CB, Oliveira MG, Motta MCS, Vila TCS. Investigação sobre o acesso ao tratamento de tuberculose em Itaboraí/RJ. Esc Anna Nery (impr.)2011 jan-mar; 15 (1):47-53.

22. Oliveira MF. Acesso ao diagnóstico de Tuberculose em serviços de saúde do município de Ribeirão Preto - São Paulo (2006-2007). Tese (Doutorado - Programa de Pós graduação de Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

23. Ferreira AAA, Queiroz KCS, Torres KP, Ferreira MAF, Accioly H, Alves MSCF. Os fatores associados à tuberculose pulmonar e a baciloscopia uma contribuição ao diagnóstico nos serviços de saúde pública. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(2): 142-149.

24. Resende MR, Sinkoc VM, Garcia MT, Moraes EO, Kritski AL, Papaiordanou PMO. Indicadores relacionados ao retardo no diagnóstico e na instituição das precauções para aerossóis entre pacientes com tuberculose pulmonar bacilífera em um hospital terciário. J. bras. pneumol. 2005 maio-jun; 31(3):225-230.

25. Scatena LM et al. Dificuldade de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. Rev Saúde Pública 2009 mai-jun; 43(3): 389 -397.

26. Cavalcanti ZR, Albuquerque MFPM, Campello ARL, Ximenes R, Montarroyos U, Verçosa MKA. Características da tuberculose em idosos no Recife (PE): contribuição para o programa de controle. J Bras Pneumol. 2006;32(6):535-43

27. Bastos LG, Fonseca LS, Mello FC, Ruffino-Neto A, Golub JE, Conde MB. Prevalence of pulmonary tuberculosis among respiratory symptomatic subjects in an out-patient primary health unit. Int J Tuberc Lung Dis 2007.; 11(2):156-160.

Recebido em: 17/08/2011

Revisões Requeridas: Não

Aprovado em: 21/03/2013

Publicado em: 01/07/2013